Lane Medical Library

UEBER
DIVERTIKEL DES OESOPHAGUS.

INAUGURAL-DISSERTATION

MIT GENEHMIGUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTAET

DER VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITAET

HALLE-WITTENBERG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWUERDE

IN DER MEDICIN UND CHIRURGIE

ZUGLEICH MIT DEN THESEN

OEFFENTLICH VERTHEIDIGT

AM

9. AUGUST 1872 — VORMITTAGS 11 UHR.

VON

HEINRICH OVERKAMP,

AUS [illegible].

GEGEN

R. SCHMIDT, CAND. MED.

C. H. NIEMAND, CAND. MED.

HALLE,

BUCHDRUCKEREI VON LIPKE.

Seinen lieben Eltern

in dankbarer Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153713_0156

Die Divertikel des Oesophagus stellen seitlich aufsitzende, circumscripte, rundlich cylindrische Ausbuchtungen der Speiseröhre dar. Es können diese Ausbuchtungen sich auf alle Häute des Oesophagus erstrecken, oder aber können dieselben nur aus der zwischen den Muskelfasern hernienartig hindurchgestülpten Schleimhaut und der äussern Bindegewebshülle des Oesophagus bestehen. Sie finden sich am häufigsten in der Gegend der Uebergangsstelle des Pharynx in den Oesophagus im Bereiche des untersten constrictor oder in der Gegend der Bifurcation der Trachea. Ihre Lage ist bald seitlich, bald an der hinteren Wand des Oesophagus. An der vodern Wand können sie wohl wegen der Trachea nicht vorkommen. Bei allen Divertickeln nun findet man eine Verengerung des Oesophagus

nach dem Magen zu, und es ist nicht oft zu unterscheiden, ob die Verengerung die Ursache oder die Folge des Divertikels ist. Doch ist es sicher, dass sich sowohl Divertikel als Verengerung einmal bestehend, gleichzeitig voranschreitend sich immer mehr ausbilden.

Die Aetiologie betreffend, kommen Fälle vor, wo der Divertikel angeboren ist, cf. Angeborner Divertikel des Oesophagus. Dr. Fr Mayr (Jahrb. der Kinderheilk. IV. 3. p. 209. 1861). Ueber die in spätern Lebensjahren entstandenen Divertikel gelten als Ursache fremde Körper, die in eine Schleimhautfalte des Oesophagus hineingelangen, daselbst liegen bleiben und nun durch die Ingesta immer tiefer in die Wandungen desselben hineingedrückt werden, so dass daselbst die Muskelbündel auseinander weichen und auf diese Weise zwischen denselben die Schleimhaut, wie schon oben bemerkt, harnienartig hervortritt. Ludlow (Medical observations) giebt in einen Falle genau an, dass der betreffende Patient früher einen Kirschkern ververschluckt habe, der aber nicht bis in den Magen gelangt, sondern in der Brust stecken geblieben sei.

Nach Rokitansky sollen die Divertikel in der

Gegend der Bifurcation der Trachea namentlich dadurch entstehen, dass die äussere Oesophaguswand mit einer Tracheal- oder Bronchialdrüse verwachsen ist und in Folge von Schrumpfung der Drüse trichterförmig ausgebuchtet wird. Ferner gelten Traumen als Ursache, sodass zunächst einige Bündel der Oesophagusmuscularis zerreissen oder durch ein kleines Extenvasat auseinander gedrängt und paralysirt werden und hierauf einer Verfettung anheimfallen. v. Oppolzer's Vorlessungen über specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Dr. E. Ritter von Stofella. Diese Fälle sind dann wohl immer Hernien des Oesophagus.

Endlich kommen eine Reihe von Fällen vor, die ohne nachweisbare Ursache entstanden sind. — Doch ist es nicht zulässig, jeden Divertikel, bei dem die Ursache nicht nachgewiesen werden kann, als congenital zu bezeichnen. Divertikel dieser Art werden sich nach meiner Meinung schon gleich nach der Geburt oder doch in nächster Zeit soweit entwickeln mit allen ihren Symptomen, dass sie diagnosticirbar sind.

Auch Druck von Aussen auf den Oesophagus

kann zunächst eine Verengerung desselben und in Folge dessen eine seitliche Ausbuchtung hervorrufen, z. B. eine strumatöse Schilddrüse.

Charles Bell veröffentlicht einen Fall von Divertikelbildung des Oesophagus, bei dem er die Ursache durch einen spastischen Zustand des Oesophagus zu erklären sucht, indem durch die Anstrengung ein Riss in der Muscularis entstanden sei und sich sodann die Schleimhaut durchgestülpt habe. Gewiss ist bei vielen Fällen von Divertikeln ein solcher Zustand als Ursache anzunehmun.

Die Symptome des Divertikels sind mancherlei Art. Die Kranken leiden zuerst an grosser Schlingbeschwerde, die sich immer mehr steigert, und bald klagen sie über ein Gefühl, als wenn ihnen ein Theil vom Genossenen unter dem Sternum sitzen bliebe, der bald wieder erbrochen werde. Ist der Divertikel grösser geworden, sodass sich in Folge seiner Lagerung die Speiseröhre um ihre Axe gedreht hat so weiss der Patient genau anzugeben, dass Nichts mehr, wenigstens von den festen Speisen in den Magen gelangt und klagt dann über wachsendes Hungergefühl. Jedoch kann es vorkom-

men, dass plötzlich bei vieler Kraftanwendung von Seiten des Patienten die Passage wieder frei wird und Speisen wiederum in den Magen gelangen, nämlich dann, wenn der Divertikel mit Speisen so angefüllt ist, dass er nichts mehr aufnehmen kann. Es zeigt sich häufig eine Geschwulst am Halse, welche sich weich anfühlt und bei Druck kleiner wird. Nach einer Mahlzeit ist dieselbe vergrössert, um sich bei bald erfolgendem Erbrechen wieder zu verkleinern oder auch ganz zu verschwinden. Das Erbrochene wird immer alkalisch reagiren zum Unterschiede von den Speisen, die aus dem Magen wieder erbrochen werden, deren Reaction sauer ist. Der üble Geruch aus dem Halse, entstanden durch die im Divertikel faulenden Speisen, kann namentwenn das Genossene nicht gleich wieder erbrochen wird, ebenfalls als Symptom gelten. Auch können durch Compression von dem gefüllten Divertikel ausgehend, Störungen in der Respiration und Circulation anftreten. Ist endlich durch die Grösse des Divertikels das Oesophaguslumen so sehr verkleinert, dass gar keine Speisen mehr in den Magen gelangen, so klagen die Kranken weniger mehr

über Schlingbeschwerden, doch schreitet dann die Abmagerung derselben rapide voran, und sie sterben schliesslich des Hungertodes.

Gesichert wird die Diagnose durch die Schlundsonde. Auf einen Divertikel des Oesphagus lässt sich mit Bestimmtheit schliessen, wenn bei Einführung der Schlundsonde diesselbe ohne Widerstand in einen Hohlraum gelangt, von wo aus ein weiteres Vordringen derselben nicht mehr möglich ist. Noch grössere Bestimmtheid wird erlangt, wenn man nach Angabe des Herrn G. R. Prof. Dr. Weber eine unten bogenförmig gekrümmte Sonde hineinbringt und dieselbe sich um ihre Axe drehen lässt.

Verwechselt werden könnte der Divertikel des Oesophagus mit einer gleichmässig sackartigen Erweiterung desselben. Jedoch pflegen letztere sich immer über einer Stenose zu befinden, es wird sich also die Sonde, wenn sie auch nicht einen Durchgang findet, einklemmen. Der Divertikel lässt überall auf elastischen Widerstand stossen und zeigt niemals einen Durchgang, mit Ausnahme des Falles, dass er perforirt ist. Ebenfalls soll nach Ham-

burger die Auscultation ergeben, dass bei sackartigen Erweiterungen Flüssigkeiten wegen aufgehobenen Widerstandes der Muskularis in der ganzen Ausdehnung der Ectasie herumgespritzt werden, wie Regen, vom Winde gejagt; (Klinik der Oesophaguskrankheiten. Enke's Verlag, Erlangen 1871) im Divertikel wird man dieses nie wahrnehmen können. —

Ob die Ausbuchtung in dem einzelnen Falle ein Divertikel im engeren Sinne, ob also alle Häute des Oesophagus an der Ausbuchtung Theil genommen, oder ob dieselbe eine Hernie ist, lässt sich schwer entscheiden. Doch möchte ich zwei Momente berücksichtigt wissen ausser den Fällen, in denen die Aetiologischen Momente genauen Anhaltspunkt geben, und zwar: einmal, dass, wenn die Oeffnung, welche in die Ausbuchtung führt, klein ist und sich mehr spaltförmig erkennen lässt, man die anatomischen Verhältnisse berücksichtigend die Diagnose auf eine Hernie zu stellen berechtigt ist, wogegen eine grosse runde Oeffnung auf Divertikel mit Theilnahme aller Häute schliessen lässt. Zweitens wird eine Hernie die Speisen länger in sich behalten,

als die dreihäutige Ausbuchtung, weil bei letzterer die muscularis das Regurgitiren sowohl leichter anregt, als auch der Act des Erbrechens leichter und kräftiger macht. —

Die Prognose ist nicht schlecht, wenn das Uebel frühzeitig genug in Behandlung kommt. Hochgradige Fälle jedoch enden meist lethal, und zwar sterben, wie bereits erwähnt, sehr viele Patienten an Marasmus, während Andere an Lungengangrän zu Grunde gehen, indem durch das häufige Regurgitiren Speisen durch den Kehlkopf in die Luftröhren gelangen und in Folge dessen jene Veränderung in den Lungen bewirken. —

Kommt ein Fall von Divertikelbildung frühzeitig in Behandlung, so ist sofort die Ernährung mit dem Schlundrohre zu beginnen und sehr lange Zeit fortzuführen, damit weder Speisen noch Flüssigkeiten mehr in den Divertikel gelangen können, und dieser sich dann allmählig zurückbilden kann. Einspritzungen von Adstringentien in den Divertikel zu dessen Contraction haben bis jetzt keine günstigen Resultate ergeben, doch sind noch nicht viele Versuche damit gemacht. Ist der zu behandelnde Fall

auch sehr hochgradig, so soll man sich doch nicht zurückschrecken lassen. Herr G. R. Weber empfiehlt und wendet in solchen Fällen an, eine sehr dünne geknöpfte Schlundsonde, die vorn hackenförmig gebogen ist.

Der Regel nach findet man die, wenn auch spaltförmig verengte, Oeffnung des Oesophagus an der vordern Wand des Divertikels, weil derselbe sich nach vorn wegen der an dem Oesophagus liegenden Trachea nicht bilden kann. Man führt also die ebengenannte Sonde so ein, dass der Knopf an der vorderen Oesophaguswand herabgleitet und in das Lumen des Oesophagus gelangt. Dann müssen dickere und dickere Sonden mit ähnlicher Krümmung eingeführt werden, um die Oeffnung zu erweitern, bis man Schlundröhre mit einem gekrümmten Ansatz ebenfalls einführen kann.

Gelingt dies regelmässig, so kann nun die eigentliche Behandlung in der Weise begonnen werden, dass alle Nahrung dem Kranken durch das Schlundrohr an dem Divertikel vorbei in den Magen gebracht wird. Sollte durch das häufige Einführen der Schlundsonde eine Reizung herbeigeführt werden, oder stellt

sich sonst Durst bei den Kranken ein, so ist diesen Unbequemlichkeiten durch Klystiere von lauwarmem Wasser leicht abzuhelfen, wie eine Reihe von Erfolgen in hiesiger Klinik gezeigt hat. Das Wasser muss lauwarm eingespritzt werden, weil kaltes Wasser Contractionen des Darmes anregt und dieses Abgang der Flüssigkeit zur Folge hat, während lauwarmes Wasser den Drang zum Stuhl ganz überwindet und bald leicht resorbirt wird. —

Scheitern jene Versuche, den normalen Weg des Oesophagus wieder durchgängig zu machen, so ist das Leben des Unglücklichen möglichst lange durch ernährende Klystire zu erhalten. Die von Hamburger (Klinik für Oesophaguskrankheiten pag. 226—227) angeführte Operation ist bis jetzt nur noch ein Vorschlag. Ebenso ist die Anlegung einer Magenfistel bis jetzt am Menschen noch nicht gemacht. —

Nach diesen allgemeinen Erörterungen erlaube ich mir, zwei Fälle von Divertikelbildung am Oesophagus mitzutheilen, von denen der erste in der Poliklinik, der zweite in der stationären Klinik zu Halle in Behandlung kam. Der erste Fall verlief

tödtlich, weil es nicht gelang, die Schlundsonde regelmässig einzuführen, während im zweiten Falle eine bedeutende Besserung eintrat, und es zu hoffen ist, schliesslich bei lange fortgesetztem Verfahren eine Heilung zu erzielen.

Erste Krankengeschichte.

Herr S., Glasermeister aus Halle, einige sechzig Jahre alt, ist früher ganz gesund und kräftig gewesen. Vor fünf Jahren bemerkte derselbe eine Anschwellung am Halse, die sich von Aussen fühlen liess und die ihm das Schlingen einige Tage lang unmöglich machte. Bald verlor sich die Geschwulst nach und nach, und das Schlingen ging besser und immer besser, schliesslich scheinbar normal von statten. Nach Verlauf von ungefähr einem halben Jahre nahm Patient wahr, dass er die Schluckbewegungen sorgfältig ausführen müsste, trockne Speisen kaum herunterbringen konnte, ohne sie stark angefeuchtet zu haben. Ein Gefühl von Druck unter dem Sternum blieb nach der Mahlzeit längere Zeit bestehen, um sich nach neuer Einnahme von

Speisen wieder zu vermehren. Allmählich verschlimmerte sich der Zustand, der Kranke konnte nur noch Suppe und sonstige flüssige Speisen geniessen, und auch diese schienen ihm nur theilweise in den Magen zu gelangen. Nach dem Essen stellten sich Würgen und Brechbewegungen ein, bei denen das Genossene zum grössten Theile wieder entleert wurde. Die Abmagerung des Patienten hatte bedeutend zugenommen. Die Mattigkeit und Abgeschlagenheit in allen seinen Gliedern war so gross, dass sie ihn am Arbeiten verhinderten. Der Stuhlgang war retardirt und sparsam. Andere Störungen von Seiten der übrigen Organe waren nicht vorhanden.

Status praesens. Bei der örtlichen Untersuchung ergab sich Folgendes: Die Muskeln sind geschwunden, die Haut trocken, der Gesichtsausdruck deprimirt, Temperatur wie Puls zeigen normale Verhältnisse. Die Zunge ist nicht belegt, Thorax gut gewölbt, der Stand des Zwergfells ziemlich tief, die Herzdämpfung ist verkleinert. — Bei der Untersuchung mit der Schlundsonde gelangt man bis ungefähr in die Mitte des Oesophagus. Die Schlundsonde, auch die dünnsten, liessen keine Strictur er-

kennen, sondern stiessen auf einen elastischen Widerstand. In Folge des Sondirens trat zu wiederholten Malen Erbrechen ein, und es entleerten sich schleimartige Flüssigkeiten und erweichte Semmel von einem eigenthümlichen Geruche. Die Reaction des Erbrochenen war nicht sauer. Bei Versuchen, den Kranken etwas geniessen zulassen, regurgitirte das Genossene oft nach kurzer Zeit, so dass man mit Bestimmtheit annehmen konnte, es sei nicht in den Magen gelangt. Eine Schlundsonde, deren unteres Ende hakenförmig gebogen war, konnte, wenn sie bis zu dem Hinderniss eingeführt wurde, leicht um ihre Axe gedreht werden, sodass der gebogene Theil der Sonde eine grosse Kurve innerhalb des Oesophagus ohne grosse Schwierigkeit beschreiben konnte. Der Bauch des Patienten war mager und eingesunken. —

Nach diesem Befunde war es so gut wie gewiss, dass es sich nicht um eine Strictur, sondern um eine sackförmige Divertikelbildung des Oesophagus handelte. Die Vermuthung lag nah, dass die normale Oeffnung des Oesophagus an dessen vorderen Wand zu suchen sei, und es wurde versucht,

mit der gekrümmten Sonde, die Krümmung nach vorne gerichtet, an der vorderen Wand des Oesophagus herabzugleiten und so statt in den Divertikel in den Magen einzudringen. Unter vielen Versuchen glückten zwei derselben vollständig, es gelang zweimal die Sonde in den Magen zu führen. Die Hoffnung indess, ein nach vorn gekrümmtes Schlundrohr einführen zu können und die ganze Ernährung durch dasselbe bewerkstelligen zu können, sodass die Nahrung nicht mehr in den Divertikel, sondern in den Magen gelangte, scheiterte an der Schwierigkeit, die Sonde regelmässig einzuführen. Der Durst des Mannes wurde durch Klystire gestillt, und ausserdem erhielt Patient ernährende Klystire mit peptonisirtem Fleisch. Mochten letztere nun nicht in der gehörigen Weise angewendet worden sein, oder mochte die Ernährung zu unbedeutend sein, kurz, der Mann verfiel mehr und mehr und wäre an Erschöpfung gestorben, wenn nicht eine Lungenaffection seinem Leben ein Ende gemacht hätte. —

Sectionsbericht. Die Section ergab ausser etwas Lungenemphysem und einer geringen Lungen-

gangrän, die Ursache des Todes, entstanden durch Speisen, welche durch den Kehlkopf in die Luftröhre gelangt, in allen übrigen Organen nichts Abnormes. Der Befund am Oesophagus war mit der Diagnose übereinstimmend. An der hintern Wand desselben, in der Höhe des untern Randes des Kehlkopfes $^1/_2$ Zoll unter dem Uebergange des Schlundes in den Oesophagus fand sich eine grosse Ausbuchtung, die wenigstens vier Zoll lang war, und bequem vierhundert Gramm Wasser fassen konnte. Die Oeffnung des Oesophagus oberhalb dieses Divertikel's war erweitert, wogegen das untere Ende der Speiseröhre bedeutend verengert war. Die in das untere Ende einführende Oeffnung war kaum eine Erbse gross. Von narbigen Strikturen, Geschwürsnarben oder sonstigen Abnormitäten an der Speiseröhre war Nichts zu finden. Hielt man die Speiseröhre gerade und füllte den Divertikel mit Wasser, so war derselbe etwas nach links gelagert und dadurch die ganze Oeffnung, welche in das untere Ende der Speiseröhre führte, total verschlossen. An der Divertikelbildung nahmen alle 3 Häute der Speiseröhre Theil.

Forschen wir nach der Ursache der Divertikelbildung in diesem Falle, so ist dieselbe höchstwahrscheinlich in der Geschwulst zu suchen, die Patient vor fünf Jahren am Halse gehabt hat, obschon die näheren Details fehlen. Dieselbe wird wahrscheinlich einen Druck auf den Oesophagus ausgeübt und so die Divertikelbildung veranlasst haben. —

Das Präparat befindet sich gegenwärtig im Besitze des Herrn G. R. Prof. Dr. Weber. —

Zweite Krankengeschichte.

Tagelöhnersfrau B. aus Bibra, 29 Jahr alt, hat als Kind an Reissen in den Füssen gelitten. Sie war dann gesund, verheirathete sich in ihrem 22. Jahre und gebar zwei Kinder. Nach der ersten Geburt, die einen ganz normalen Verlauf hatte, bemerkte sie etwas Kurzathmigkeit, Husten und wenig Auswurf. Sonst fühlte sie sich vollkommen wohl und gesund, ihr Aussehen war frisch und blühend, und der Ernährungszustand sehr gut. — Sie will damals 136 Zollpfund gewogen haben.

Vor etwa vier Jahren litt sie an einer Affection

des Halses; sie bekam Schlingbeschwerden, die ihr das Essen und Trinken beinahe unmöglich machten, dazu traten Kopfschmerzen, Hitzegefühl und erhöhter Durst. Nachdem diese Erscheinungen etwa 8 Tage bestanden hatten, entleerte sich plötzlich beim Räuspern Eiter aus dem Munde, und von der Zeit an waren alle Beschwerden verschwunden. Vor etwa 2 Jahren begann der Anfang ihres jetzigen Uebels. Patientin bemerkte, dass sie nur kleinere Bissen verschlucken konnte, resp. solche, die keine allzugrosse Härte hatten. Grössere oder festere, wie Brotrinden, blieben stecken. Sie empfand dann Schmerzen an einer von ihr bestimmt angegebenen Stelle der Brust und des Rückens; vorn am Sternum zwischen dem zweiten und dritten Rippenknorpel, hinten zwischen dem sechsten und siebenten Brustwirbel. Sie vergleicht die Schmerzen mit dem peinlichen Gefühle, das ein Gesunder empfindet, wenn er eine zu grosse Wassermenge hastig verschluckt. Sehr bald konnte Patientin Brod und andere consistente Nahrungsmittel gar nicht mehr geniessen, sondern lebte nur von Suppen, Milch und sonstigen flüssigen Nahrungsmitteln. Der Stuhl-

gang wurde immer seltener und weniger. Nachdem ungefähr ein halbes Jahr verflossen war, bemerkte Patientin, dass nach dem Essen eine Anschwellung an der rechten Seite des Halses auftrat, und empfand an derselben Stelle heftige Schmerzen, die so lange dauerten, bis sich Erbrechen einstellte, worauf dann auch die Anschwellung verschwand. Patientin fühlte jetzt genau, dass ihr alle festen Speisen in der Brust stecken blieben und nur höchst selten gelangten Flüssigkeiten in den Magen. Die festeren Speisen wurden bald nach der Mahlzeit, mit vielem Schleim vermischt, wieder erbrochen. Einen sauern Geschmack will Patientin nach dem Erbrechen nicht gehabt haben. Bisweilen gelangten aber auch Flüssigkeiten tagelang nicht in den Magen, bis plötzlich die Passage wieder frei war. Zu diesen Beschwerden trat eine grosse Kurzathmigkeit hinzu, die sich ebenfalls nach dem Essen steigerte, nach dem Erbrechen aber wieder aufgehoben wurde. Patientin klagte ferner über vermehrtes und immer wachsendes Hungergefühl, sowie über fortwährenden Durst. Die Abmagerung wurde immer grösser und Erschlaffung und Müdigkeit verhinderten Patientin,

auch an den geringsten Arbeiten. — Vor $^5/_4$ Jahren, beinahe drei Jahre nach der letzten Geburt, verlor Patientin die Regel und wurde dadurch auf eine Vergrösserung des Leibes aufmerksam, die seitdem stetig gewachsen ist, ihr jedoch ausser der Vermehrung ihrer schon bestehenden Kurzathmigkeit keine weitere Beschwerden gemacht hat. — Nachdem sie ohne Erfolg mit verschiedenen Mitteln behandelt war, begab sich Patientin auf Anrathen ihres sie behandelnden Arztes in die Klinik zu Halle, woselbst dem Verfasser Gelegenheit geboten wurde, den Verlauf des Uebels genau zu beobachten und das Heilverfahren an der Patientin selbst auszuüben.

Status praesens vom 14. Juni.

Patientin ist von kleiner Statur und sehr mager, die Augenlider sind leicht oedematös, das Aussehen der Kranken ist deprimirt. Die sichtbaren Schleimhäute sind sehr anämisch. Die Zunge ist nicht belegt. Bei der Inspection des Rachens scheint die hintere Wand desselben ungewöhnlich weit von den Gaumenbögen entfernt zu sein. Die Laryugo scopie ergiebt keine Abnormitäten. Die Untersuchung der Lungen lässt beim Auscultiren

überall auf der ganzen Brust starkes verschärftes In- und Experium hören, ausserdem noch Pfeifen Schnurren und trocknes Rasseln. Dabei athmet Patientin mit einiger Anstrengung, hustet ziemlich viel, hat aber keinen, oder doch nur geringen Auswurf. Die mit der Schlundsonde vorgenommene Untersuchung liess dieselbe stets nur bis zu einer gewissen Länge einführen, die der Stelle entsprach, an welcher nach der Aussage der Patientin die Bissen stecken blieben. Bei jeder Untersuchung erbrach sie nicht sauer reagirende Massen, in denen ausser heruntergeschluckten Speichel und Schleim kurz vorhergenossene Semmelstücke ganz unverändert zu erkennen waren. Die Sonde lässt sich an jener Stelle bequem drehen, jedoch absolut nicht weite abwärts führen. — Aus diesem Befunde und der Anamnese wurde die Diagnose auf ein Diverticalum Oesophagi gestellt. Ausserdem leidet Patientin an einem Ovarientumor.

Da das Diverticatum an der hintern Wand des Oesophagus angenommen werden musste, so wurde eine dünne, geknöpfte, am untern Ende gekrümmte Fischbeinsonde so eingeführt, dass beim Herunter-

gleiten der Sonde der Knopf derselben stets an der vorderen Wand des Oesophagus bleiben musste, um dadurch den Divertikel zu vermeiden und das Lumen des Oesophagus verfolgend in den Magen zu gelangen. Der erste Versuch, den Herr G. R. Prof. Weber am 19. Juni ausführte, gelang vollständig. Bis dahin waren Patientin ernährende Klystire und geringe Menge Milch und Suppe verordnet. Das Erbrechen hörte nicht auf, und auch das Hungergefühl der Patientin steigerte sich noch beständig. Das Gewicht derselben war am 16 Juni 91 Pfd., am 17. jedoch sank das Gewicht, nachdem Patienten den ganzen Divertikel durch Erbrechen entleert hatte, auf 88 Pfd. Sie erhielt die Weisung, durchaus keine Nahrung zu sich zu nehmen. Gegen Durst erhielt sie Klystire von lauwarmem Wasser, worauf derselbe verschwindet.

20. Juni. Da Patientin seit acht Tagen keinen Stuhlgang gehabt, wird ein Klystir aus Ricinusöl und kalten Wasser verordnet, worauf geringer normaler wohlgeformter Stuhl erfolgt.

21. Juni. Patientin bekommt wiederum ein Klystir von peptonisirtem Fleisch. Es stellte sich

kurze Zeit nach dieser Operation ein Sättigungsgefühl bei Patientin ein, und fühlt sich dieselbe wohler.

22. Juni. Heute gelang es zum ersten Mall mit einem sehr dünnen Schlundrohr verhältnissmässig leicht in den Magen zu kommen. Das Schlundrohr hatte vorn dieselbe Krümmung wie die Sonde. Bei Einführung desselben erbrach Patientin nur noch schleimige Masse, jedenfalls heruntergeschluckter Speichel, der in den Divertikel gelangt war. Die Ernährung geschieht von jetzt ab ausschliesslich durch das Schlundrohr, und zwar bekommt Patientin durch dasselbe eingeführt: Morgens $6^1/_2$ Uhr $^3/_8$ Quart Milch, 10 Uhr $^3/_8$ Quart Warmbier mit Ei, 12 Uhr 2 Tassen Bouillon mit 3 Eiern und etwa 50 Gramm Portwein, 2 Uhr $^3/_4$ Quart Milch, Abends Suppe. — Patientin hat jedesmal das Gefühl der Sättigung, wird aber sehr bald wieder hungrig. Der früher sehr quälende Durst ist verschwunden.

23. Juni. Status idem.

24. Juni. Patientin hat Abends nach einem Klystir Stuhlgang. Derselbe ist gut geformt und gefärbt, jedoch wird nur wenig entleert. Gewicht der Patientin 91 Pfd.

25. Juni. Es gelingt, ein stärkeres Rohr einzuführen. Die Krümmung ist durch ein aufgeschraubtes Hornstück erzielt. Die Ernährung der Patientin ist die frühere. Ihr Wohlbefinden ist bedeutend gestiegen, der deprimirte Gesichtsausdruck verschwunden, ebenso die livide Färbung der Lippen und Wangn.

26. Juni. Schwere der Patientin $91\frac{1}{2}$ Pfd.

27. Juni. Das Erbrechen bei Einführung des Schlundrohres hat sich fast ganz verloren. Patientin hat zum ersten Male ohne Klystir normalen Stuhlgang. Wohlbefinden gesteigert. —

28. Juni. Es wird eine noch stärkere Sonde eingeführt. Die Nahrung bleibt dieselbe. —

29. Juni. Patientin erhält des Mittags und des Abends mit der Suppe kleine, fein gehackte Fleischstücke eingeführt. Das Sättigungsgefühl nach dieser Mahlzeit ist grösser, wie nach den vorhergehenden. —

30. Juni. Status idem.

1. Juli. Heute hat Patientin zweimal normalen Stuhlgang, der sich bis dahin regelmässig jeden Tag einmal eingstellt hat. —

2. Juli. Patientin hat gegen das Verbot Speisen ohne Schlundrohr zu sich genommen. Erbrechen ist darauf nicht erfolgt, sodass man annehmen muss, wie Patientin auch selbst angiebt die Speisen sind in den Magen gelangt.

3. Juli. Die Ernährung wird durch die Schlundsonde fortgeführt. Gewicht der Patientin 94 Pfd.

4., 5., 6. Juli. Status idem. Der Stuhlgang erfolgt in dieser Zeit zwei bis drei Mal an einem Tage.

7. Juli. Schwere der Patientin 98 Pfd, sie hat also in 4 Tagen 4 Pfd aufgenommen. —

Die Behandlung wurde in den nächsten Tagen, wie früher, fortgeführt. Der Zustand der Kranken verbesserte sich von Tag zu Tag immer mehr, und war Patientin nicht zubewegen, länger in der Klinik zu bleiben. Sie wurde auf ihren dringendsten Wunsch am 11. Juli aus der Klinik in ihre Heimath entlassen, mit der Weisung, alle Nahrung nur durch das Schlundrohr zu sich zunehmen. Sie hatte in der letzten Zeit gelernt, sich dasselbe selbst einzuführen.

Die Diganose ist in diesem Falle als richtig

gestellt wohl kaum zu bezweifeln. Was jedoch die Pathogenese betrifft, so kann man die in der Anamnese angeführte Geschwulst, welche Patientin vor vier Jahren im Halse gehabt hat, als Entwicklungsursache des Divertikels betrachten. Allein nach der Beschreibung der Patientin kann man ebensogut auf eine Angina tonsillaris mit Abscessbildung schliessen und würde dieser Umstand auf die Divertikelbildung des Oesophagus keinen Bezug haben.

Der Erfolg der Behandlung ist jedenfalls als ein sehr günstiger zu betrachten, und es ist Hoffnung vorhanden, dass Patientin von dem Uebel ganz geheilt wird, vorausgesetzt, dass sie gewissenhaft ihre Ernährung durch das Schlundrohr fortsetzt.

Nachtrag. Pat. stellte sich am 26. Juli nochmals in der Klinik vor. Ihr Zustand hatte sich wiederum bedeutend gebessert. Sie geht zu Hause wieder ihren Geschäften nach. Die Ernährung ist in der Zeit durch das Schlundrohr besorgt. Das Körpergewicht d. Pat. ist auf $102\frac{1}{2}$ Pfd. gestiegen. Trotz des Verbotes, keine Nahrung ohne Schlundrohr zu geniessen, hat Pat. 3 mal feste Speisen

zu sich genommen, die nach ihrer Angabe in den Magen gelangt sind. Erbrechen stellte sich nicht ein. Die Untersuchung mit der Schlundsonde liess den Divertikel noch deutlich erkennen, doch war derselbe schon auf ein geringeres Volum zurückgebildet. —

Lebenslauf.

Ich, Heinrich Overkamp, Sohn des prakt. Arztes Dr. med. H. Overkamp und der Frau Anna geb. Brons, bin am 31. October 1848 zu Recke in Westphalen geboren und in der katholischen Religion erzogen. Vorgebildet auf der Elementarschule meiner Heimath und der Rectoratschule zu Hopsten in Westphalen, besuchte ich 5 Jahre das Gymnasium zu Münster, woselbst ich Herbst 1868 das Zeugniss der Reife erhielt.

Von meiner akademischen Studienzeit brachte ich die 3 ersten, sowie das sechste Semester in Würzburg, das vierte und fünfte sowie das siebente und achte Semester in Halle, zu daselbst bestand ich am Ende meines vierten Semesters das Tentamen physicum, am 2. und 3. August 1872 das Tentamen medicum und Examen rigorosum.

Meine Lehrer waren:

In Würzburg: v. Kölliker, v. Scherer, Fick. Wagner, Sachs, Hasse, Eimer, v. Scanzoni, v. Bamberger, v. Recklinghausen, v. Linhard, Geigel, Stöhr.

In Halle: A. W. Volkmann, Welker, Goltz, Weber, R. Volkmann, Olshausen, Graefe, Kohlschütter, Steudener.

Allen diesen Herren spreche ich hiermit meinen Dank aus, besonders aber dem Herrn Geheimrath Weber, der mich so freundlich bei dieser Arbeit unterstützte.

Thesen.

I.

Bei hoher Unterschenkel-Amputation ist der obere Lappen zur Bedeckung des Stumpfes zu nehmen.

II.

Der Nachweis von spärlichen Fibrincylindern sowie von geringer Menge Eiweis im Urin berechtigt nicht immer die Diagnose auf Morbus Brigthii.

III.

Die Anlegung der Zange bei nachfolgendem Kopfe ist zu verwerfen.

IV.

Bei Gesichts- und Kopfrose ist jede äussere Behandlung mit Medicamenten nutzlos.